

DIETARY WAIVER

Yo, \_\_\_\_\_, Entiendo que mi médico por razones de mi salud y tratamiento médico, ha pedido una dieta debido a un diagnosis médico de \_\_\_\_\_.

Entiendo que al no seguir con la dieta prescrita indicada puede afectar mi salud y bienestar y que podría causar complicaciones médicas.

Yo no deseo seguir la dieta que ha sido prescrita para mí por mi médico.

Yo he sido aconsejado/a y entiendo que siguiendo la dieta prescrita no resultara en ningun costo adicional hacia mí.

Yo también entiendo que la compañía Zepol Dietary Consults y \_\_\_\_\_(nombre de la compañía)no es responsable de ningún daño o lesión que pueda sufrir yo como resultado de mi rechazo para seguir mi dieta prescrita, y los quita por este medio y cualquier otro medio de toda responsabilidad debido a mi rechazo de seguir mi dieta prescrita.

Por lo tanto Yo declaro que no es mi voluntad/intención de seguir mi dieta prescrita y solicito que me proporcionen el alimento sustituto.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Residente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la Enfermera

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha